

بسمه تعالیٰ

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت موکری گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون دوره دستیاری گروه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

تاریخ آزمون:

رشته قبولی دانشگاه علوم پزشکی اهواز:

سال ورود و سال فراغت از تحصیل:

رشته تحصیلی قبلی:

دانشگاه محل تحصیل (دوره عمومی):

**تذکر۱:** چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

**تذکر۲:** قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص فرمائید.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

۱ - نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--

۲-نام:

محل صدور:

محل تولد:

تاریخ تولد:

شماره شناسنامه:

نام پدر:

وضعیت تأهل:

مذهب:

دین:

شماره ملی:

نام و نام خانوادگی قبلی:

تابعیت:

وضعیت خدمت وظیفه:

شغل و محل کار همسر:

نام و نام خانوادگی و میزان تحصیلات همسر:

آدرس محل زندگی والدین:

شغل مادر:

شغل پدر:

در صورتیکه پرسنل رسمی یکی از نیروهای انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمائید.

مسئول اجرایی پزشک عمومی خدمت کرده در مناطق محروم

مناطق محروم

داوطلب دستیاری : آزاد

اباع خارجی

جانبازان بیش از ۷۰٪ یا آزادگان بیش از ۲ سال سابقه اسارت در زمان دانشجویی

رزمندگان و ایثارگران

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره بصورت میهمان یا انتقال

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال	مناطق محروم
۱					
۲					

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی

آدرس / شماره تماس	نوع استخدام	تاریخ شروع و خاتمه	مسئولیت	نام محل کار	فعالیت شغلی
					گذراندن طرح

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						
۳						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید  مفقود الاثر  اسیر  نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با وی: محل(شهادت/اسارت/مفقود شدن): زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشد: مجروح  آسیب دیدگی  زمان و محل وقوع:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشد؟ بله  خیر  (چنانچه عضو می باشد مدارک موجود باید ضمیمه پرونده گردد)

\* مشخصات دو نفر افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند (به غیر از پدر، مادر، خواهر و برادر) و دو نفر از دوستان زمان تحصیل که با شما آشنایی نزدیک داشته باشند و هیچ گونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند. به ترتیب ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی / نسبت	تلفن همراه
۱					
۲					
۳					
۴					

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

فعالی	استان	شهر	ادرس و تلفن
قبلي			

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱			
۲			

\* چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشد با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

شماره تلفن همراه متقاضی: ۱ - ۲ ..... داوطلب شرکت در آزمون

دستیار دوره ..... دانشگاه علوم پزشکی اهواز این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در

صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت. / قاریخ امضا:

بسمه تعالیٰ



از قبول شدگان دوره

فرزند

بدینوسیله اسامی معرفین اینجانب

به شرح ذیل حضورتان اعلام می گردد.

دانشگاه علوم پزشکی اهواز در رشتہ

۱ - معرفین (به غیر از پدر ، مادر ، خواهر و برادر )

ردیف	نام و نام خانوادگی	مسئولیت / شغل / نسبت	آدرس دقیق/شماره تماس
۱			
۲			
۳			

۲ - معرفین زمان تحصیلی ( اساتید ، هم دوره گان زمان تحصیل )

۱			
۲			
۳			

۳ - معرفین محل طرح / کار

۱			
۲			
۳			

نام و نام خانوادگی متقاضی:

امضاء:

تاریخ:

\*در صورت هر گونه ابهام در فرم ها با شماره تلفن داخلی ۰۶۱۳۳۱۱۳۱۴۱ - ۰۶۱۳۳۳۶۶۲۹۸ تماس حاصل نمایید.

اینجانب فرزند از پذیرفته شدگان آزمون دستیاری پزشکی

در رشته تقاضا دارم در صورت صلاحیت آن هسته تا انجام سیر مراحل گزینش موافقت مشروط اینجانب را به دانشکده اعلام نمایید و چنانچه به هر دلیل از دلایل از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری به عمل آمد حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نموده و هسته تحقیق و نظر دهی مجاز می باشد مطابق قانون با اینجانب بر خورد نماید.

نام و نام خانوادگی:

امضاء

تاریخ:

مدارک لازم جهت تحویل به واحد گزینش دانشجویان

۱- کپی شناسنامه

\* در صورت جدید بودن شناسنامه صفحه اول و توضیحات در غیر اینصورت تمامی صفحات

۲- کپی کارت ملی

۳- کپی آخرین مدرک تحصیلی یا پروانه مطب یا فرم تسویه حساب

۴- سه قطعه عکس ۳\*۴

۵- در صورت شاغل بودن (رسمی، پیمانی) کپی حکم کارگزینی یا فیش حقوقی یا کارت شناسایی سازمان مربوطه